

ARTÍCULO DE OPINIÓN

EL ORIGEN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS; EN BÚSQUEDA DE UN ACERCAMIENTO A LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL

Casas Patiño, Donovan y Rodríguez Torres, Alejandra

Universidad Autónoma del Estado de México-Centro Universitario Amecameca, Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar 195, Estado de México.

Resumen: El presente documento describe el origen de algunas especialidades acorde a los momentos históricos. Se toma como referencia la propuesta de Eric Hobsbawm acerca de un siglo XIX largo y un siglo XX corto, según este autor el siglo XIX comienza históricamente con el estallido de la revolución Francesa 1789, y finalizó con el inicio de la Primera Guerra Mundial 1914 y el siglo XX nuevo, que inicia con el término del bloque soviético en 1991 y se continua hasta este momento.

La práctica médica y su especialización van de la mano con estos cambios políticos-sociales y económicos, lo que nos lleva a reflexionar sobre ¿qué tipo de especialista médico será necesario en los próximos años?

Palabras clave: especialidad médica, historia de la medicina, biomédico, curativo, atención médica.

Fuente: DeCs.

Recibido: 29 Septiembre 2014. Aceptado: 4 Febrero 2015. Publicado: 15 Abril 2015.

Revista electrónica publicada por el Departamento de Farmacología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica. ® All rights reserved. Licensed under a Creative Commons Unported License.



Contáctenos: rev.med.ucr@gmail.com. Tel: (506) 25-11 4492, Fax: 25-11-4489.

THE ORIGINS OF THE MEDICAL SPECIALTIES; LOOKING FOR A RAPPROCHEMENT WITH CURRENT MEDICAL PRACTICE

Abstract: This paper describes the origin of some medical specialties according to historical moments. We take as reference Eric Hobsbawm's proposal about nineteenth century "long" and twentieth century "short", according to this author the nineteenth century begins historically with the outbreak of the French Revolution 1789 and ended with the onset of World War 1914; finally the "new" twentieth century which beginning with the end of the Soviet bloc in 1991 and continues until now. Medical practice and expertise go together with political-social and economic changes, which leads us to reflect on what type of medical specialist will need in the coming years?

Key words: medical specialty, medical history, biomedical, healing, medical practice.

INTRODUCCIÓN

Las especialidades médicas se establecen a partir de una autonomía de saberes y conocimientos especializados de una rama de la medicina; asociado a esto un grupo de sociedades médicas especializadas en un núcleo específico de conocimiento se adueñaron de este saber, controlando, vigilando y validando el conocimiento nuevo. Esto facilitó la parcelación de la medicina en todas sus vertientes, los servicios médicos en masa se insertaron en la seguridad social, originando masificación del saber médico en beneficio de la gran cantidad de personas que trabajaban sin protección social y en condiciones de vida atroces de una época histórica; donde la industrialización y la transformación de la fuerza de trabajo, fueron un factor condicionante de cambio social (capitalismo). La medicina que era el pilar disociable entre el médico y el paciente, se quebró por la vorágine científica y tecnológica, dando paso así a las especialidades médicas, donde el proceso identario de la medicina se fragmentó en aras de un bien económico manejado por interés capital transnacional. La medicina se sometió a las conductas mercantiles usureras de las grandes

firmas en salud, condicionando una práctica influida por las corrientes de la hipermodernidad.

MEDICINA CONTEMPORÁNEA Y LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PARTE 1)

Para analizar el origen de las especialidades médicas y los sistemas de salud en búsqueda del identario de la medicina, utilizaremos la propuesta de Eric Hobsbawm acerca de un siglo XIX largo y un siglo XX corto [1]. Este autor considera que el siglo XIX comienza históricamente con el estallido de la revolución Francesa 1789, y finalizó con el inicio de la Primera Guerra Mundial 1914.

Hablando del siglo XIX, la medicina tenía una gran cantidad de conocimientos acumulados en espera de ser explotados, estaban centrados en polémicas doctrinales, eclecticismos y sociedades médicas, que dieron como resultado la especialización médica. Aunado a esto la sociedad sufrió revoluciones (políticas, económicas y sociales) con surgimiento de los sistemas de salud como práctica social integral (protección frente accidentes de trabajo, integración familiar, cultural, prevención de enfermedades, curación) [1,2,3]; además de la



rápida y frecuente formación de grandes ciudades, que ofrecieron marcos económicos, tecnológicos y sociales, dirigidos hacia el consumismo. Los médicos reafirmaron su identificación con las nuevas clases dominantes, asumiendo los principios y valores burgueses, entre ellos, los presupuestos del liberalismo político y económico, y los aplicaron a su propio trabajo con normas como el ejercicio libre de la profesión, la elección libre del médico por parte del enfermo, autonomía en los cobros y tratamientos, etc. [4]

El médico en esta etapa se convirtió en el prototipo de profesional liberal, apareciendo como figura protagonista del progreso, del idealismo, dando paso al materialismo y alimentando el positivismo de Comte, muy arraigado en la medicina.

Después que Estados Unidos de Norteamérica se independizó de Gran Bretaña (1783), con la ayuda de Francia, se incorporaron ideas revolucionarias de igualdad y libertad, propagando movimientos sociales en toda América. En Estados Unidos la profesión médica, no evolucionó siguiendo los lineamientos de la medicina inglesa basada en lo que se llamó una “profesión de posición”, lo cual quiere decir que la profesión se definía por su rango de privilegio más que por su papel en la división del trabajo. Los médicos de la elite inglesa no tenían razón alguna para emigrar a los Estados Unidos, los practicantes capacitados en las colonias eran el equivalente a los cirujanos y a los boticarios, y dado que los médicos estadounidenses no servían a una sociedad tan elevada y tan rígidamente estratificada, los títulos gremiales, al igual que los propios gremios, no tenían fuerza alguna en las colonias. Los estadounidenses acabaron considerando que todos los que practicaban la medicina eran médicos, e hicieron a un lado las formas lingüísticas que reflejaban distinciones de clases tradicionales en la práctica médica. En Francia sucedía un fenómeno contrario a lo que se establecía en los Estados Unidos, según Guzmán [5]:

“A finales del siglo XVIII, Francia inició una reforma en su entonces desordenada educación médica. El nuevo programa de estudios de las escuelas francesas, abandonó las lecciones en el aula que se usaban desde tiempos medievales y se centró en los hospitales, en particular los grandes hospitales de París, donde se enseñaba junto a la cama de los pacientes, que después serían estudiados a plenitud en la autopsia y donde se dio un gran énfasis a la correlación entre datos clínicos y los obtenidos durante el postmortem. Esta innovación educativa convirtió a París en el centro de la enseñanza en Medicina.” Rompiendo con el paradigma estático de una educación médica de aula y laboratorio, innovando a una nueva forma de integración del conocimiento médico. Según Lindemann [6] lo que ocurrió en París marcó un cambio cuantitativo y esa diferencia dio lugar a un gran cambio cualitativo. Los hospitales públicos de París contaban con un número elevado de pacientes (20,000) para fines pedagógicos. Los estudiantes asistían directamente a los pacientes y veían una extraordinaria variedad de casos. Al minucioso reconocimiento de los enfermos seguían las autopsias en que se subrayaban la anatomía patológica y la identificación de las lesiones. El objetivo de la <clínica parisina> no era sólo divulgar los saberes existentes a los estudiantes, sino también crear conocimiento. En París se expresaron por primera vez la objetivación, estandarización y cuantificación fundamentales para la medicina moderna.”

Inglaterra tuvo una situación diferente respecto a la enseñanza médica, la gran mayoría de los médicos ingleses eran egresados de las universidades como la de Padua, Leiden y Edimburgo, así como de Oxford y Cambridge [7], sin embargo, en esta fecha empezó a dominar la formación médica fuera de las universidades en centros privados. Los estudiantes frecuentaban las escuelas privadas y recorrían salas de los hospitales de la ciudad con los médicos o cirujanos que atendían a los pacientes. Londres no tenía universidad, por lo que era imposible relacionar la enseñanza universitaria con los grandes hospitales metropolitanos. En el siglo XVIII muchos



profesores impartían enseñanza a cambio de honorarios. La escuela más famosa de esa época fue Windmill Street, fundada por el escocés William Hunter (1718-1783), el cual daba clases de anatomía y de obstetricia (era un comadrón famoso y escribió un importante estudio sobre el embarazo). Entre 1710-1810 al menos 27 escuelas daban clase de anatomía con posibilidades de practicar técnicas de disección [8]. Mientras que en Francia y otros lugares, el hospital y un puesto hospitalario eran el *sine qua non* del prestigio médico y de una próspera carrera, en Inglaterra el puesto en un hospital de beneficencia podía tener mucha importancia para el médico porque le permitía acceder a la clase alta, proporcionándole el bien cultural de aparecer en el papel humanitario y caritativo propio de las élites. Además, la oportunidad de enseñar en el hospital solía constituir una fuente de ingresos muy bien acogidos, sin embargo, los médicos y cirujanos de los hospitales británicos casi siempre tenían al menos parte de su atención puesta en los consultorios privados, pues era allí donde se conseguía la riqueza que auguraba el éxito profesional [6].

La medicina moderna evolucionó de forma distinta en Inglaterra que el continente Europeo, y esa diferencia se debió a la estructura de la carrera médica; cabe mencionar que una sociedad consumista y despreocupada como la Inglesa fomentó una evolución menos sistemática y más informal e individualista de la profesión médica [7,8].

París fue la metrópoli médica mundial, basta mencionar a Jean-Nicolás Corvisart (1755-1821), que en 1806 escribió: "Ensayo sobre las enfermedades y Lesiones Orgánicas del Corazón y de los Grandes Vasos", obra que fundó las bases de la cardiología médica y obra que durante casi un siglo fue considerada la biblia de la cardiología [9, 10].

En Alemania, la enseñanza médica se fue especializando de acuerdo a las materias y no en la enseñanza clínica; con materias como práctica

médica, policía médica (higiene pública y medicina legal), anatomía y cirugía, farmacia, química, fisiología y patología. Se instruía mayormente en policlínicas, pero con pacientes ambulatorios tal y como lo señala Buzzi [11].

Una de las especialidades médicas que tomó cuerpo en Alemania en esta época fue la higiene (higiene clínica), esta progresó como rama científica mediante investigaciones médico-sociales, cátedras a legisladores y tratados de saneamiento público; entroncando con la sociedad mediante legislaciones sanitarias, dando forma a la medicina social [11]. Su máximo exponente Rudolf Virchow (1821-1902), publicó su gran obra en 1858, "La patología celular"; describió el cuerpo humano como una comunidad de células que llamó "Democracia Celular". Expuso sus ideas sobre la enfermedad desde la concepción celular del organismo; fue activista político, el más duro crítico de Bismarck; además en 1849 publicó, "Sólo Colegas Médicos", donde demostró que se puede ser médico a la par que científico y clínico de primer orden.

La enfermedad en este momento era estática, hasta la llegada de la fisiopatología, originada en Alemania, su contribución fundamental fue superar la visión estática de la enfermedad propia de los anatomoclínicos, introduciendo un punto de vista dialéctico mediante el estudio de las disfunciones orgánicas con los medios de las ciencias experimentales.

La aplicación de las ciencias sociales al estudio de la medicina, inició con la constitución de la medicina social y salud pública a principios del siglo XIX. La interacción entre ambas áreas, fue relativamente frecuente en esta etapa; Adolphe Quètelet (1796-1874), matemático, sociólogo y estadista, fundador de la estadística vital, tuvo una amistad personal con el francés René Villermé (1782-1863), destacado investigador de los estudios médico-sociales. Los materiales que le proporcionó Villermé contribuyeron de manera destacada a que Quètelet pudiera realizar su obra "Del sistema social", en 1848, de ahí se desprendió

el concepto de “hombre medio”, de gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales porque implicó que las distribuciones de observaciones en torno a una media correspondía a la de una curva de probabilidades [7,8].

Emile Durkheim (1858-1917), sociólogo, político y filósofo, iniciador de la sociología contemporánea, fue el primer autor que planteó de forma madura los objetivos y los métodos de las ciencias sociales, al estudio de su gran obra “El suicidio”, en 1897, la cual fue la primera investigación sociológica basada en datos y análisis estadístico consideró a la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida social; gracias a la estadística se llegó al análisis de distribuciones de la mortalidad por clases sociales, situación sanitaria de los obreros textiles y otras cuestiones socio médicas que influyeron en la medicina como subsistema social [12,13].

Una especialidad médica bien definida en esta época fue la **pediatría**, la cual tuvo su origen y evolución a partir de intereses sociales, apunta Kumate [15]:

“La pediatría tiene un origen social cualitativo más marcado que en los adultos, fueron los orfanatos, las casa cuna, las santas casas, el Hospital de los Inocentes en Florencia desde el siglo XV donde recibían a recién nacidos expósitos sin otra connotación que la asistencia alimentaria y puericultura a cargo de religiosos que relataban con frecuencia que los allí albergados con frecuencia <morían de tristeza>. Napoleón fundó en Paris L’Hôpital des Enfants Malades en 1802 e introdujo el ingrediente patológico de la institución diferente del propósito del Hospice des Efant Trouvés en 1814, esta fue la primera expresión del interés particular para atender a los niños enfermos en una institución ad hoc” [15].

Los hospicios, no eran instituciones médicas, ni siquiera en el sentido muy amplio en que lo fueron las leproserías o los manicomios medievales. Esto explica, en parte, las espantosas cifras de mortalidad de sus moradores. El gran higienista

Villermé afirmó, que debía colocarse en la entrada de los hospicios: “aquí se mata a los niños a cargo del erario público”. La constitución de la moderna pediatría supuso grandes cambios en la mentalidad de los médicos y, sobre todo en la sensibilidad social [16].

La psiquiatría tuvo su origen en los valores y actitudes sociales, en este caso frente al enfermo mental, la consideración de locura como una enfermedad no procedía de una supuesta medicalización; todos los tratados de esa época de patología mental incluían capítulos sobre las enfermedades mentales y también fueron numerosos los libros dedicados a estas, en especial a la melancolía; entidad nosológica que corresponde a lo que hoy llamamos depresión. Antes del siglo XIX los locos, o deficientes mentales eran recogidos en departamentos de hospitales generales, la asistencia médica estaba reducida al mínimo, en el siglo XVIII, los estudios médicos acerca de enfermedades mentales se asociaron a un movimiento asistencial, inspirado en diversas vertientes humanitarias de la Ilustración, que preconizó la abolición de los tratamientos violentos, las jaulas y las cadenas en los manicomios. Pinel Felipe (1745-1826), logró el permiso de la comuna revolucionaria, para remover las cadenas de algunos enfermos mentales, convencido de que tratados con bondad esos pacientes serían más fáciles de manejar que cuando se les trataba como bestias salvajes. El experimento resultó favorable, y fue el punto de partida de reformas importantes al régimen del propio hospital; se permitió a los enfermos circular libremente en los patios, se les alimentó mejor y se les trató con amabilidad, lo cual tuvo efectos favorables en los propios enfermos haciendo más tratables aún a los agitados. En Inglaterra, William Turke (1732-1822), organizó el “York Retreat”, una institución tipo granja, donde los enfermos mentales asilaban y trabajaban en una atmósfera agradable. En México, se contaba con el Hospital de San Hipólito, fundado en 1566 que otorgó servicio hasta la primera década del siglo XX, este prestó cuidados a dementes, y desde 1867 se inició allí la enseñanza sobre enfermedades mentales. En 1860,



se organizaron servicios psiquiátricos en los hospitales generales de los estados de Jalisco y Nuevo León.

La farmacología moderna, inició con el alemán, Friedrich Serturmer (1783-1841), quien aisló la morfina como principal componente del opio, con diferentes efectos activos: la narceína (inducía el sueño), morfina (analgésico), codeína (mitiga la tos); después trató de explicar el mecanismo de acción de los medicamentos en el organismo, naciendo la farmacodinamia. El primer instituto de farmacología se fundó en Alemania, a cargo de Rudolf Buchheim, en (1856), el cual publicó un tratado de farmacología, y ofreció por vez primera una exposición de los medicamentos según su analogía química y farmacodinamia. Oswald Schmiedederg, sentó las bases para conocer con rigurosidad la relación existente entre la composición química de un fármaco y su acción en el organismo. La culminación lógica de los postulados de la mentalidad terapéutica moderna fue la quimioterapia sintética, es decir, la producción por la técnica de laboratorio, no solo de los principios activos de los productos naturales, sino de sustancias químicas no existentes de forma espontánea en la naturaleza y cuyas propiedades resultaron ventajosas desde el punto de vista del tratamiento de las enfermedades. El ejemplo clásico, es ácido salicílico, sintetizado en 1874 y empleado en el reumatismo, al igual que el ácido acetilsalicílico o aspirina, sintetizado por Felix Hoffman, en 1899 [16,17].

Por otro lado, bajo el influjo del pensamiento etiológico, la quimioterapia se planteó como objetivo conseguir fármacos que destruyesen los gérmenes causales de las enfermedades sin perjudicar al organismo del enfermo, la principal figura fue Paul Ehrlich (1854-1915), su meta fue obtener sustancias químicas de síntesis que destruyeran los gérmenes patógenos, y que tuvieran mínima toxicidad al organismo, su primer resultado fue en 1910, con el preparado 606, que llamo salvarsán (arsénico que salva); lo mejoró con el número 914 o neovalsartan, tratamiento para la sífilis en ese momento [17,18].

La dermatología y la venereología, especialidades médicas en cuya constitución ha pasado decisivamente el rechazo social de la enfermedades de la piel por repugnantes o antiestéticas y de las venéreas por prejuicios morales, muchos hospitales tenían separados en salas especiales a los pacientes que sufrían, bajo los rótulos de tiña, escabies, morbo gálico, sífilis, etc. Igualmente la pediatría y la psiquiatría, como especialidades surgieron del escenario anatomoclínico de París, su crecimiento y diseminación mundial estuvo a cargo de los planteamientos histopatológicos, fisiopatológicos y etiológicos [12,13], desde una mirada positivista, reduccionista y de parcialización del cuerpo humano para su entendimiento, los científicos daban así origen a las especialidades médicas, alejándolas cada día del entendimiento del *otro*, el que padece.

MEDICINA CONTEMPORÁNEA Y LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PARTE 2)

El siguiente periodo está basado en la periodización de Eric Hobsbawm, que refiere un siglo XX corto, que inicia en 1914 y termina con la caída del bloque soviético en 1991 [1]. La medicina en todo el mundo se mantenía hacia la especialización, y la práctica médica iniciaba con la era de la tecnología. Los grandes progresos realizados en la investigación básica, en la clínica, aunado a las revoluciones farmacológicas y quirúrgicas [16], dio un paso agigantado de una atención individual u oficio individual hacia empresas médicas ya sea de índole público o privado. Desde que el astuto canciller Otto Bismarck puso en marcha un seguro médico gestionado por el estado en la nueva Alemania unificada de 1883, los políticos han comprobado que el ofertar hospitales, clínicas y médicos al colectivo puede servir de zanahoria para tentar al electorado. Los votos no se consiguen solo con pan y circo sino también con camas, médicos, enfermeras, medicamentos y cirugías [2, 3,4].



Para 1900 los profesionales sanitarios tenían que estar autorizados por ley, pero en ningún país el Estado prohibía la práctica a los ilegales, y la ética médica para asegurar una correcta práctica estaba autorregulada por los propios profesionales, la medicina seguía siendo una transacción privada, como comprar muebles o contratar a un profesor de música [13].

Dentro de la medicina propiamente dicha, la división del trabajo entre especialistas y médicos generales fue también un punto de conflicto, cuando los especialistas afirmaban que varias técnicas y procedimientos exigían sus capacidades, condenaban, junto al personal no médico, a los médicos generales. Los tocólogos expresaban que las parteras estaban insuficientemente preparadas para manejar partos y opinaban lo mismo de los practicantes generales [12].

Observamos que en el mismo terreno ocurrirían dos conflictos diferentes, los especialistas buscaban ascendencia en sus campos sobre los especialistas no médicos; los tocólogos sobre las parteras, los oftalmólogos sobre los optometristas, los anestesiólogos sobre las enfermeras anestesiistas, etc., y al mismo tiempo buscaron hacer ver a los médicos generales los límites de sus habilidades, lo cual condicionó aún más la especialización médica.

En Estados Unidos de Norteamérica, ocurrió un cambio en la educación médica que influyó en todo el mundo. Este evento sucedió en la Universidad Johns Hopkins, en 1893, se concibió a la educación médica como un campo de estudios superiores, arraigado en la ciencia básica y en la medicina hospitalaria. La investigación científica y la instrucción clínica adquirieron ahora un lugar central; el profesorado, en vez de ser reclutado entre los practicantes locales, se compuso de investigadores a los cuales se atrajo de fuera de Baltimore, a los estudiantes también se les escogió con gran cuidado. Se construyó un hospital junto a la escuela y ambos se manejaron como una empresa conjunta. Apunta Starr:

“...se crearon residencias avanzadas en campos especializados (fue en Johns Hopkins donde la palabra residencia se usó por vez primera para recibir la capacitación especializada posterior al internado). Aquí estaban los relumbrones de los centros médicos dominados por las grandes universidades que imperarían en el siglo siguiente” [13].

La trascendencia de la escuela de medicina de Johns Hopkins, radicó en las nuevas relaciones que estableció, conjuntó ciencia e investigación, de un modo mucho más firme que antes, con la práctica hospitalaria clínica; mientras que anteriormente los aprendices se habían formado en el arte de la medicina de consultorios de sus preceptores y en hogar de los pacientes. Fue en este momento que los estudiantes de medicina veían la práctica médica casi exclusivamente en las salas de los hospitales de enseñanza. Johns Hopkins contó con dos grandes figuras en esa época: William Welch, quien siendo joven realizó importantes trabajos de patología y llegó a ser la voz autorizada de Hopkins en el terreno de las cuestiones públicas, y William Osler, gran clínico, quien tuvo un interés vivísimo en la historia y en las tradiciones de su profesión.

Los cambios en Johns Hopkins, Harvard y otras universidades, se contraponían con el crecimiento sostenido de las escuelas médicas comerciales. En escuelas concesionadas, las filas de la profesión se llenaban con trabajadores y con miembros de la clase media baja, para mayor tristeza de los líderes profesionales, que consideraban que estos descuidos ponían en peligro los esfuerzos para elevar la posición de los médicos en la sociedad [13].

La sociedad médica americana (AMA), en 1904, estableció un consejo de educación médica, compuesto por cinco profesores de medicina de las principales universidades del país, que tendrían como tarea elevar y uniformar los requisitos de la educación médica; una de sus primeras medidas consistió en formular un nivel mínimo para los médicos, que exigía cuatro años de preparatoria, otros cuatro de enseñanza profesional y aprobar

un examen de licencia; mientras que su norma ideal pedía cinco años de escuela de medicina (inclusive un año de ciencias básicas, que posteriormente fue integrado en el plan de estudios premédica en la universidad) y un sexto año de internado en hospital.

En su empeño por identificar y presionar a las instituciones más débiles, la AMA empezó a clasificar a las escuelas de medicina conforme a la actuación de sus graduados en exámenes para conseguir licencias estatales; luego extendió la evaluación para incluir en ella el plan de estudios, instalaciones, profesorado y requisitos de admisión.

En Estados Unidos los pacientes podían acudir directamente al especialista, el practicante general no se situó entre el especialista y el mercado, a la larga, este hecho de no poder lograr un papel intermedio contribuyó al desplome de la medicina general, en los Estados Unidos. En el año de 1929 la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota, ya era una organización enorme que tenía 386 médicos en nómina y 895 personas entre técnicos de laboratorio, enfermeras y trabajadores [12].

En Inglaterra la distinción entre médico general y especialista, quedó bien establecida, donde según Mckeown, la distinción de títulos se basó no en diferencias sustanciales de entrenamiento o competencia, sino en el equipo del hospital. El Diario Médico Británico describía al especialista de provincia como el médico general que debía su posición al hecho de mantener un equipo semejante al de un hospital de provincia [13].

Aunado a esto la medicina en Inglaterra, funcionó a partir de médicos generales, al establecerse en 1948, el Plan Nacional de Seguridad, en el cual se estableció para los trabajadores asegurados los servicios a domicilio de un médico general y algunas medicinas, los médicos confirmaron con esto que trabajarían para el sector público, aunque algunos pensaron que podían perder su independencia, descubrieron que su nueva relación con el estado era fija y bien remunerada.

La Seguridad Social ensanchó el abismo entre médico general y especialista, pero consolidó una valiosa relación entre el enfermo y su médico de cabecera. En 1979, tras la llegada al poder de Margaret Thatcher, el National Health Service inició un declive que condujo a la profunda crisis que se padece en la actualidad, tanto en el terreno de la asistencia como en la prevención. En dicha crisis, su principal causa fue la aplicación de los extremados criterios macroeconómicos neoliberales acerca de la reducción de los llamados gastos sociales [19,20].

Los médicos que tenían consultas privadas en las grandes ciudades, sobre todo en Estados Unidos, descubrieron las ventajas de actuar como sus colegas los abogados y los hombres de negocio, y abrieron consultorios impresionantes. Utilizaban los medios más modernos, tenían telefonistas y técnico, aparatos de rayos X, máquinas y reactivos de laboratorio y así atraían a los pacientes y les transmitían confianza.

En Francia, un sistema de seguridad social estatal reembolsaba a los pacientes los honorarios del médico y les ofrecía elegir libremente médico y hospital, sin embargo, los hospitales públicos tenían problemas de financiamiento y escasa calidad, por lo que los asegurados iban en masa a los hospitales privados, se avanzó en el terreno de las ayudas a las madres y los niños, de acuerdo con los movimientos pro natalidad que propugnaban un aumento de la población. La actitud liberal respecto a la economía seguía teniendo muchos adeptos en Francia, y en esa línea se intentó proteger la libertad tanto de los pacientes como de los médicos, alejándose de la seguridad social estatal obligatoria que existía en Alemania [6].

Después de la segunda guerra mundial, la estatalización soviética se extendió con escasas modificaciones a los sistemas sanitarios de los países comunistas, aunque en los de Asia Oriental se adaptó a la coexistencia de la medicina científica moderna y una mayoría de profesionales de la clásica china y sus variantes, a partir de 1991, al terminar el régimen comunista en la Unión



Soviética y fragmentarse esta, en numerosos estados, y también en la Europa Oriental, los sistemas de sanitarios estatizados no fueron sustituidos por un modelo uniforme, sino por diversas fórmulas intermedias entre la seguridad social de tipo occidental y la falta de asistencia colectivizada [6]; es así como en este periodo la medicina con su práctica médica se alineó a intereses privados y particulares, como un elemento de bien mercantil y además como herramienta popular electoral.

MEDICINA CONTEMPORÁNEA Y LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PARTE 3)

El siguiente periodo está basado en la periodización de Eric Hobsbawm, que refiere un siglo XX nuevo, que inicia al término del bloque soviético en 1991 y se continua hasta este momento [1], la medicina en este siglo se convirtió en parte integrante de la maquinaria de la sociedad industrializada, las consecuencias no son fáciles de evaluar; las enormes desigualdades de salud entre ricos y pobres derivados de una política económica neoliberal, mantuvo diferencias entre los niveles de salud del primer y tercer mundo que se incrementaron de una manera impúdica. La medicina moderna hoy en día posee una capacidad excepcional de mantener a las personas vivas, sanas y sin dolores; y aun así su contribución a la mejora de salud de la humanidad es más que discutible en este siglo. Muchos creen que invertir en salud pública, higiene medioambiental y nutrición de la población harían más por los países pobres, que todos los sofisticados programas de medicina clínica con su alta tecnología y desarrollos hospitalarios. La medicina moderna actual padece de su propia agonía puesto que ha dejado de ser un elemento vital de la relación médico paciente, dando paso ahora a un marketing televisivo pagado y plagado de empresas privadas en aras de un bien mercantil, puesto que estas empresas han trabajado alrededor de todas las aristas que rondan a la salud en beneficio propio, alejando a los principales actores de las necesidades reales.

La práctica de la medicina está envuelta en una vorágine de tecnología, que va permitiendo poner en duda el diagnóstico más preciso hecho por el médico más capacitado; esta tecnología tan precisa en diagnósticos y de múltiples baterías, va llenando de sesgos a la medicina clínica en su vertiente que es el diagnóstico, el médico queda a la merced de grandes laboratorios y aparatos electrónicos, en el cual él debe conocer, interpretar y solicitar por el mercadeo de la medicina actual. El médico en su afán de estar actualizado pretende adaptarse a esta evolución tecnológica, ultrasonografía, resonancia magnética, tomografía de positrones, nanotecnología, operaciones quirúrgicas realizadas vía electrónica desde la casa o desde la oficina a lugares tan remotos y sin accesibilidad terrestre; así como a medicamentos a prueba de falla y error que pueden modificar el curso de una enfermedad crónica hasta el punto de desaparecerla, medios electrónicos de apoyo diagnóstico de consulta médica los cuales dirigen el diagnóstico hasta permitir prescribir los medicamentos por receta electrónica, implantes y trasplantes de órganos vitales; todo esto cual el cuerpo fuera una maquinaria con repuestos. La práctica médica está quedando a merced de la tecnología, el arte de la clínica que era el pilar fundamental de la medicina está olvidando, el oler, tocar, palpar, escuchar al padece; se está olvidando por la certeza diagnóstica apoyada por la tecnología. Parecería que en esta época el médico que no utiliza algún medio tecnológico esta fuera del mismo sistema, se pudiera considerar que un hecho social relevante es la aplicación de la tecnología a la práctica médica.

Parece claro que la medicina en su práctica clínica permitirá más tecnología, hasta que esta suplante al médico más capacitado, pues la tecnología puede albergar un número infinito de diagnósticos clínicos, prescripciones médicas, pronósticos médicos, alternativas de tratamiento médico, procedimientos médicos quirúrgicos y hasta la toma de decisión más adecuada para cada paciente de acuerdo a evidencias clínicas. La medicina debe reorientar su camino a la par de la tecnología, pero no seguir los pasos de esta tecnología que al final



es inversión, capital y dividendos de inversionistas neoliberales.

A nivel mundial la súper especialización médica en su afán de generar cada día más experto en un área de la medicina, está tratando de garantizar una medicina curativa para cada órgano del cuerpo humano, y con este perfil biomédico pretende lograr una esperanza de vida más larga, sin tratar de explicar o brindar un aporte teórico para una reforma en salud que esté estructurada en mejorar los determinantes sociales de las comunidades más pobres del mundo. La medicina actual se está olvidando de su propia existencia, aliviar la dolencia y consolar al condenado.

CONCLUSIONES

Las especialidades médicas se originaron en el siglo XIX, pero se consolidaron en principios del siglo XX, al emerger con ellas nuevos modelos de aprendizajes, tecnologías aplicadas a la medicina, y mercados abiertos para su explotación. Las especialidades médicas se alejaron del individuo y en algunos de los casos se mercantilizaron. El médico general entre tanta división del trabajo médico quedó a merced de tratar e intentar ingresar a un curso de especialidad médica, la cosmovisión reduccionista, hegemónica y mercantil de la ciencia médica, buscó terrenos nuevos para reconfigurar y formar nuevos recursos humanos para la salud con mirada completamente biomédica curativa, ocasionando que la relación entre médico y paciente se alejara cada día más del que padece. En este sentido surge esta pregunta: ***¿Qué tipo de profesionales médicos requerimos en este momento de nuestra sociedad?***, será necesario generar la necesidad de un médico de cabecera, capacitado y conocedor de las grandes aéreas de la medicina como práctica social, con conocimientos especializados en prevención promoción y educación para la salud, con enfoque humanístico, conocedor de la fragilidad humana y de los factores sociales que engloban al proceso salud-enfermedad [21]; conocedor de la salud pública del

momento, de las intervenciones para las enfermedades transmisibles, del abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y además conocedor de las políticas en salud; determinar la fecha exacta para consolidar un médico general partidario de una medicina a gran escala, es mirar una medicina que resuelva los problemas en salud de manera transdisciplinaria, con enfoque socio-crítico, capaz de mover conciencias en todos los individuos y no solo en los que padecen, en ese sentido no se requieren más especialistas médicos, se requiere un recambio en las políticas sociales y económicas, que modifiquen los determinantes sociales que están por aniquilar a los que menos tienen, crear más hospitales y recursos humanos para la salud, es convertir un mundo medicalizado y dependiente de este, modifiquemos con medicina de práctica social toda determinación social que influye de manera negativa a nuestra humanidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de México, en especial al Centro Universitario Amecameca, por ser partidario del pensamiento libre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hobsbawm E. J. Historia del siglo XX: 1914-1991. 13era ed. Editorial Crítica. Barcelona, España; 2009.
2. González B. La seguridad social en el mundo. 2ed. Editorial Siglo Veintiuno Editores, México, D.F.; 2007.
3. Mendizábal G. Apuntes multidisciplinarios de la seguridad social. 1ed. Editorial Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, México: 2005.
4. García S. Estudios de Sociología Médica. 1ed. Editorial Manual Porrúa, S.A Librería, México, D.F.; 1949.
5. Guzmán C. Historia y evolución de la Medicina. 1ed. Editorial Manual Moderno. México, D.F.; 2009.
6. Lindemann M. Medicina y sociedad en la Europa Moderna 1500-1800. 1ed. Madrid, España. Siglo XXI España Editores; 2001.



7. Sigerist H. Civilización y enfermedad. 1ed. Español, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D.F.; 1946.
8. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. 22 ed. Editorial Siglo Veintiuno Editores, México, D.F.; 2006.
9. Babibni J. Historia de la Medicina. 1 ed. Editorial Gedisa S.A., Barcelona España; 2000.
10. Somolinos G. Historia y medicina: figuras y hechos de la historiografía médica mexicana. 1ed. Editorial Imprenta Universitaria, México, D.F.; 1957.
11. Buzzi A. Evolución Histórica de la Medicina. 1ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina; 2008.
12. Porter R. Breve Historia de la Medicina, de la antigüedad hasta nuestros días. 1ed. Editorial Santillana Ediciones Generales, S.L., Madrid España; 2003.
13. Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. 1ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.; 1991.
14. Kumate J. La enseñanza de la pediatría en México siglo XXI. 1ed. Editorial El Colegio Nacional, México. D.F.; 2005.
15. Mckeown T. Introducción a la Medicina Social. 4ed. Editorial Siglo Veintiuno Editores, México, D.F.; 1989.
16. Girona L., Rovira J., Homedes N. Medicamentos: entre la salud y el mercado. 1ed. Editorial Icaria S.A., Barcelona; España; 2009.
17. Jaspers K. La práctica médica en la era de la tecnología. 2da. Editorial Gedisa S.A., Barcelona España; 2003.
18. Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. 1 ed. Editorial Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina; 2004.
19. Ocaranza F. Historia de la medicina en México. 1ed. Editorial Cien de México, México, D.F.; 2009.
20. Lopez J. Breve historia de la medicina. 1ed. Editorial Alianza Editorial: Medicina y salud, Barcelona, España; 2000.
21. Gil V. Éthos médico: las significaciones imaginarias de la profesión médica en México. 1ed. Editorial Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México D.F.; 2004.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Casas Patiño, Donovan

Correo: capo730211@yahoo.es

